№ 7. Warszawa, Lipiec 1928 r. Rok XXIV.

PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

Stanowisko Towarzystwa Medycyny Społecznej w sprawie projektu ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych.

Towarzystwo Medycyny Społecznej przesłało swojego czasu do departamentu służby zdrowia memorjał w sprawie projektu rozporządzenia Pana Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu chorób wenerycznych.

Ze względu na doniosłość przedmiotu zaznajamiamy kolegów z jego treścią:

„Towarzystwo Medycyny Społecznej wita z uznaniem projekt rozporządzenia Pana Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu chorób wenerycznych jako projekt, stwarzający prawne podstawy dla akcji zwalczania chorób wenerycznych, czego brak dawał się dotychczas dotkliwie odczuwać w naszem społeczeństwie. Towarzystwo w szczególności podnosi ważność przewidywanego w projekcie udostępnienia wolności leczenia chorób wenerycznych i podkreśla znaczenie społeczne akcji uświadamiającej. Natomiast Towarzystwo widzi w projekcie braki, które dla dobra sprawy powinny być uzupełnione przed jego ogłoszeniem. Za braki takie Towarzystwo poczytuje zupełne pominięcie sprawy ochrony niemowląt, a więc obowiązkowej kontroli zdrowia mamek i piastunek oraz odwrotnie ochrony mamek przez zakaz karmienia przez mamkę zdrową dziecka, obarczonego przymiotem. Również został pominięty w projekcie obowiązek położnych zabezpieczenia oczu noworodków przed rzeżączką drogą wkraplania odpowiednich preparatów srebra.

Poza powyższemi brakami, które z łatwością dadzą się uzupełnić Towarzystwo Medycyny Społecznej znajduje w projektowanej ustawie artykuły, z któremi stanowczo nie może się zgodzić ze względów zasad-

niczych i ze względów ich wartości praktycznej i wnosi o całkowitą ich zmianę. Chodzi tu mianowicie o artykuły 4, 5 i 6.

W artykule 4 wkłada się na lekarza obowiązek zgłoszenia przypadku choroby wenerycznej, o ile chory pomimo uprzednich upomnień nie stosuje się do art. 2-go t. j. nie pozostaje pod opieką lekarza, uprawnionego do wykonywania praktyki lekarskiej w Rzeczypospolitej Polskiej, lub nie spełnia jego zarządzeń leczniczych, a głównie nie unika wszystkiego, co mogłoby spowodować zakażenie innych osób. Osoba taka na skutek ogłoszenia przez lekarza zostaje przekazana odpowiedniej władzy, która zgodnie z artykułem 7 projektu roztacza nad nią kontrolę, aż do ostatecznego wyleczenia. Postanowienie powyższe pozornie celowe i logiczne jest zdaniem naszem, zupełnie nierealne. Przedewszystkiem wyłącza ono z pod kontroli sanitarnej wszystkich, nie będących w leczeniu u lekarza, któryby ewentualnie mógł ich zameldować władzy. A ponieważ wszelka kontrola władzy nad osobą jest rzeczą krępującą i niewygodną, to każdemu nasunie się wniosek, że niepokazywanie się lekarzowi z chorobą weneryczną jest najpewniejszym sposobem uchronienia się od kontroli i możliwej kompromitacji. Z drugiej znowu strony przerwanie leczenia u danego lekarza bynajmniej nie oznacza zaniedbywania przepisów artykułu drugiego, a samo już to przerwanie kuracji może narazić chorego na zgłoszenie jego nazwiska zupełnie niesłusznie, co również nie będzie zachęcało chorych do zwracania się do lekarzy, którzy będą ściśle stosowali się do ustawy w konsekwencji powyższego postanowienia nastąpi odpływ chorych od fachowych sił lekarskich i napływ do pokątnych doradców, czemu ustawa pragnie zapobiec.

Prócz tego zasadniczego względu omawiane postanowienie wydaje się nam niewykonalnem. Chorzy weneryczni dziś już nie legitymują się swojem nazwiskiem, podając nazwisko obce. A już stanowczo będą ukrywali swoje nazwisko, jeżele się dowiedzą, że na mocy projektowanej ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych mogą się narazić na uwiecznienie swojego nazwiska i swojej choroby w urzędzie sanitarnym. Żądanie zaś przedstawienia dowodów osobistych od pacjentów równałoby się zamykaniu im dzwi od gabinetu lekarskiego. Rezultat będzie ten sam odpływ pacjentów od sił fachowców.

Pomijamy w tych wywodach wspomniany w projektowanem rozporządzeniu okres zaraźliwości, na który ma się rozciągnąć omawiany rygor, gdyż zgodnie z wiedzą lekarską okres ten nigdy się nie daje ściśle stwierdzić i ustalić.

Według artykułu 4-go lekarz jest również obowiązany zgłosić osobę, którą podaje chory jako źródło zarażenia się. O ile słusznem jest niewątpliwie, że sprawa choroby wenerycznej u osoby drugiej, bez względu na to, czy jest to mężczyzna, czy kobieta, winien podlegać odpowiedzialności

karnej za wyrządzoną krzywdę, to mieszanie się do tej akcji policyjno-wywiadowczej lekarza praktykującego wydaje się nam zupełnie nieodpowiedniem. Możliwe wszak są omyłki, a nawet szantaże w tych posądzeniach, a odpowiedzialność za krzywdę moralną, wyrządzoną osobie niewinnej, najniepotrzebniej spadłoby w części i na lekarza praktykującego który, nie sprawdziwszy wiarygodności oskarżenia, daną osobę zgłosił, a wszak lekarz-praktyk z natury swojego stanowiska nie może zajmować się sprawdzaniem podanych mu faktów.

Opierając się na powyższem rozważaniu Towarzystwo Medycyny Społecznej wnosi o skreślenie z projektu rozporządzenia postanowień, obowiązujących lekarza do zgłaszania zarówno osób chorych, jak do mniemanych źródeł zarazy.

Sprawę zaś dochodzenia karnego za doznane uszkodzenie zdrowia, zdaniem naszem, należy pozostawić całkowicie osobie poszkodowanej.

Witamino-wapniowe lecznictwo w chwili obecnej

podał A. Roliński Felczer Szpitala Przemienienia Pańskiego.

Racjonalne odżywianie jest kwestją pierwszorzędnego znaczenia dla ustroju. Zagadnienie racjonalnego odżywiania interesuje nietylko uczonego, który dane laboratoryjne chciałby zastosować w życiu codziennem, ale racjonalne odżywianie ma niezmiernie ważne znaczenie dla samego społeczeństwa, dla państwa, gdyż warunkuje zdrowotność i tężyznę młodego pokolenia i pełnię zdrowia starszych jednostek społeczeństwa.

Do 1912 - 1913 roku uważano, że ustrój ludzki czy też zwierzęcy dla zachowania swego dobrostanu potrzebuje asymilować pewną ściśle określoną normę tłuszczów, węglowodanów, białka i związków mineralnych.

Dziś, dzięki genjalnym pracom naszego rodaka D-ra Kazimierza Funka poglądy te uległy zasadniczej zmianie albowiem zostało niezbicie dowiedzionem, że pokarm, choćby posiadał pełną normę kalorji (ilościowo), nie jest jeszcze pełnym pokarmem dla ustroju, że pokarm, aby był wartościowy musi posiadać pewne cechy, pewne własności powinien zawierać w minimalnych ilościach „ślady śladów", pewne tajemnicze bliżej nieznane substancje, nazwane przez biologów witaminami czyli czynnikami dopełniającemi.

Witaminy są to ciała bezwzględnie konieczne dla ustroju ludzkiego i zwierzęcego, ciała, których ustrój sam wyprodukować nie może i czerpie szczodrą ręką ze świata roślinnego, w małej zaledwie ilości ze świata zwierzęcego.

Do chwili obecnej jest kwestją sporną, czy świat roślinny może sam produkować witaminy. Zdania uczonych są podzielone, jedni przyznają, że świat roślinny ma zdolność syntetyzowania witamin z ciał więcej prostych, drudzy twierdzą, że świat roślinny czerpie witaminy z ziemi, gdzie zostają one wytworzone przez drobnoustroje. Zostawmy jednak zawiłe kwestje prawdziwości tej lub innej hipotezy na stronie i w krótkim zarysie rozpatrzmy, ile jest witamin i jakie. Funk dzieli czynniki dopełniające na:

witaminy B. przeciw Beri-Beri
„ C. „ gnilcowi
„ D. wywołujące wzrost drożdży
witasteryny:
witaminy A. przeciw kseroftalmji
„ E. „ krzywicy
„ F. wywołujące płodność

Bürgi dzieli natomiast witaminy na 3 grupy

witaminy A. czynnik wzrostu i przeciwkrzywiczny
„ B. „ „ i antineurytyczny
„ C. przeciwgnilcowy

Brak tych czynników dopełniających (witamin) stwarza charakterystyczne zespoły chorobowe-awitaminozy.

Obecnie odróżniamy trzy awitaminozy: krzywicę, Beri-beri, gnilec. Zespoły te wystąpują raczej jako formy przewlekłe przyczem trzeba odróżniać jeszcze formy poronne.

Brak witamin w pożywieniu powoduje zmiany w układzie kostnym, zaniki głodowe kości, rozmiękczenie i t. d. Dzieci, pozbawione witamin, skłonne są do zakażeń i nie przybierają na wadze—jednocześnie występują porażenia układu nerwowego, objawy ze strony psychicznej, stany gorączkowe bez dających się określić przyczyn, wzmożona przepuszczalność ścianek naczyniowych.

W czasach współczesnych lecznictwo witaminowe ma bardzo szerokie zastosowanie. Witaminy są pierwszorzędnym środkiem lecznictwa (Lelesz). Oprócz gruźlicy płuc i gruczołów, niedokrwistość, krzywica skurcze odźwiernika, okres odłączenia od piersi, skaza skurczowa, ciąża, karmienie, stany niedokształcenia płciowego, stany bezpłodności, zeskórnienie spojówek, tuberkulidy skóry, złamania i gruźlica kości i stawów kwalifikują się do lecznictwa witaminowego.

Jak widzimy z dopiero co przytoczonych schorzeń olbrzymia większość ich przebiega z jednocześnie istniejącem obniżeniem poziomu wapnia w ustroju, dlatego też stworzenie preparatu, któryby łaczył w sobie doniosłe znaczenie soli wapnia i witamin było kwestją czasu. W ten sposób powstał cały szereg preparatów zagranicznych Jemalt, Hewitan, Metagen, i krajowych Wikosan Barcikowskiego, Calcitrina, Calcisal Spiessa

i ostatnio Witmoza (Krogulecki). Większość tych preparatów zawierać powinna zgodnie z szumną reklamą trzy najważniejsze witaminy (A.B.C.). Czy tak jest istotnie? Pomijamy preparaty zagraniczne jako niedopuszczone do handlu na naszym rynku. Zatrzymamy się na preparatach krajowych. Wikozan Barcikowskiego nie odpowiada wymogom ogólnego lecznictwa witaminowego, gdyż zawierają jedynie witasterynę nie zawierając właściwych witamin.

Z artykułu Dr. Chorzelskiego zamieszczonego w Polskiej Gazecie Lekarskiej Nr. 15 1928 r. wynika, że Calcitrina vel Calbisal jest preparatem bezwitaminowym, ma jedynie znaczenie zwykłej mieszaniny organicznego wapnia z organicznym fosforem. Pozostaje w chwili obecnej jedynie mączka witaminowo wapniowa Witamoza fabryki Kroguleckiego. Czy zawiera witaminy? Obserwowałem doświadczenia kliniczno-laboratoryjne przeprowadzone przez kierownika pracowni bakterjolog. szpitala Przmienienia Pańsk. Dra. Swiatopełk Zawadzkiego. Badania te przeprowadzono na gołębiach z zachowaniem wszelkich niezbędnych ostrożności wykazały niezbicie, że Witamoza fabryki Kroguleckiego zawiera znaczne ilości koniecznych do życia witamin. Że zaś preparat ten zawiera nadto związki wapniowo-fosforowe, przeto uważamy „Witamozę" za najbardziej celowy i odpowiadający wymogom naukowym preparat witamino-wapniowy.

Prosimy o uregulowanie zaległej prenumeraty za „Przegląd" i wpłacenie należności za III kwartał r. b.

ZARZĄD GŁÓWNY CENTRALNEGO ZWIĄZKU FELCZERÓW R.P. uprasza Sz. Kolegów o uregulowanie należności za przesłaną broszurę „Z b i ó r p r z e p i s ó w p r a w n y c h" w sumie 3 zł. 20 gr., gdyż od tego zależne jest wydanie II-giej części Zbioru przepisów.

DR. MED. K. SZOKALSKI.

Djagnostyka chorób wewnętrznych.

BÓLE w KOŃCZYNACH.

(ciąg dalszy)

Bóle myalgiczne na tle kiły mogą być samoistne i wywołane. Bóle samoistne dochodzą do największego nasilenia w nocy i rano po przebudzeniu. Ruchy czynne i bierne mogą je wywoływać lub wzmagać.

Objektywnie nie stwierdza się żadnych zmian w mięśniach. Badanie wykazuje tylko ból umiejscowiony w mięśniach na ściśle ograniczonej przestrzeni. Ból ten odczuwa się przeważnie w udzie i goleni, mięśniu czterogłowym uda, mięśniu łydkowym spodnim, mięśniach brzuchatych łydki, w okolicy łopatki, mięśniu trójgraniastym, na poziomie przedramienia na zginaczach, na szyi, mięśniu czworobocznym. Czasem ból rozchodzi się po wszystkich mięśniach (gościec kiłowy). Pochodzenie tych bólów może być wyjaśnione dzięki współistnieniu innych objawów przymiotowych okresu wtórnego: różyczki, blaszek, szyszkowin płaskich, wyłysienia, odczynu Wassermana i inn.

Na tle kiły mogą powstawać skurcze mięśni, zwłaszcza mięśnia dwugłowego; przykurczenia te rozwijają się powoli bez bólów.

Do wielkich rzadkości należy myositis luetica; najczęściej proces ten umiejscawia się w łydce; każde zginanie stopy powoduje żywe bóle.

Gummata cruda można odróżnić od niebolesnych tłuszczaków oraz więcej bolesnych i większych mięsaków; w okresie rozmięknienia stają się podobne do haematomata musculares, na korzyść których przemawia stwierdzenie urazu; za zimnym ropniem przemawiają inne objawy gruźlicze. Odczyn Wassermana, badanie ropy (zastrzyknięcie śwince morskiej) czasem są potrzebne dla wyjaśnienia rozpoznania; gummata ulcerosa mogą czasem nasuwać przypuszczenie grzybic, zwłaszcza, że i tu leczenie jodem daje dobre wyniki.

Zapalenie szpiku kostnego ostre (osteomyelitis acuta) może powstać jedynie wskutek umiejscowienia infekcji posoczniczo-ropnej ogólnej. Przy wysokiej gorączcze do 40^0 świadomości nieco upośledzonej, nawet konwulsach u dzieci i wymiotach, czasem objawach rzekomo durowych, a więc biegunce, bólach głowy, krwawieniu z nosa, splenomegalji występują bóle bardzo intensywne pod i nad stawem, najczęściej kolanowym, oraz obrzmienie rozszerzające się na całą goleń, obrzęk jest ścisle złączony z kośclą, bolesny przy ucisku. Poruszanie nogą wywołuje ból dokuczliwy. Po kilku godzinach, czasem po dwuch, trzech dniach, na miejscu obrzęku powstaje głęboki wałek twardy jako oznaka tworzenia się ropnia podokostnego, o czem przekonywa nas dające się wkrótce stwierdzić chełbotanie.

Osteomyelitis chronica może być skutkiem procesu ostrego; w niektórych wypadkach powstają nawroty. Jedyną widoczną oznaką przebytego zapalenia szpiku kostnego mogą być zgrubienia kości (hyperostozy).

Osteitis neuralgica występuje z bardzo gwałtownemi bólami na ograniczonem miejscu kości, prawie zawsze w pobliżu nasady; bóle te po kilku dniach lub tygodniach mogą nagle ustąpić i powtórzyć się znów w formie napadów. Najczęściej na miejscu bolesnem nie stwierdzą się żadnego obrzęku, zmiany kostne często są bardzo nieznaczne (przekrwienie). Proces ten może być wywołany przez gronkowce lub prątki Kocha.

Jednym z najłagodniejszych procesów kostnych w dzieciństwie jest t. zw. la fievre de croissance; termin ten nadużywany bywa przy rozpoznawaniu wszelkich niewiadomego pochodzenia procesów gorączkowych.

W chorobie tej mamy gorączkę i objawy zapalne w kościach długich. Proces może zjawiać się nagle z bardzo dużą gorączką i szybko ustępować, lub też wysoka gorączka może trwać czas dłuższy, wzrastać z każdym dniem, pozatem występuje wzdęcie brzucha, obrzęk śledziony; istnieje jeszcze postać podgorączkowa z napadami gorączki małej i krótkotrwałej, recyduwującej w ciągu wielu tygodni. Objawy kostne polegają na bólach samoistnych lub pod wpływem ucisku bóle umiejscawiają się w okolicy trzonowo-nasadowej biodra (najczęściej); wraz z bólami zanotować należy lekkie obrzmienie kończyn.

Osteomyelitis streptococcica bywa najczęściej u osesków i dzieci; osteomyelitis pneumococcica też bywa u dzieci, czasem podczas zapalenia opłucnej, przy torbieli metapneumonicznej, otitis.

Zapalenia kostne bywają przy chorobach zakaźnych (osteitis typhosa, gonococcica, gripposa), ostrym gośćcu stawowym etc.

Osteitis gonococcica acuta miewa zwykle przebieg pomyślny; ból w określonych punktach występuje bądź samoistnie, bądź na skutek ucisku w obrębie kości długich, kostki goleni i kości strzałkowej, główki kości strzałkowej, kłykcia przyśrodkowego kości ramiennej, zakończenia wewnętrznego obojczyka, kości śródręcza, bardzo często kości piętowej; czasem miejsce objęte procesem ulega obrzmieniu.

Postacie chroniczne często powodują exostozy i hyperostozy; dotyczy to zwłaszcza kości piętowej wraz ze ścięgnem Achilles'a i rozcięgnem podeszwowym (pied blennorhagique Fourniera.

W gruźlicy kości w okresie poczatkowym zjawia się niewyraźny ból tępy stały, wzmagający się w nocy, czasami rozpromienia się wzdłuż sąsiednich nerwów, Lecz, o ile okostna bogato unerwiona włóknami cz uciowemi, jest organem wrażliwym, o tyle kości same przez się mało reagują; gruźlica, oile zaczyna się w głębi kości, jest bolesną dopiero w okresie późniejszym. Jeżeli ból istnieje, co jest zresztą prawidłem w pewnym okresie, jest on ściśle umiejscowiony w kierunku nasady, czasem więcej lub mniej promieniując ku trzonowi kości, lecz jest niestały, silniejszy w nocy, ustaje podczas odpoczynku, ożywia się przy opieraniu się na kość chorą lub przy uciskaniu określonego punktu.

Czasem ból zaczyna dokuczać dopiero w okresie obrzmienia. Ten okres kliniczny odpowiada okresowi wytwarzania się ogniska gruźlicznego w kości.

W okresie drugim ognisko gruźlicze, powstałe wewnątrz kości, przebija się na zewnątrz; wytwarzanie się ziarniny gruźliczej w postaci guza o spoistości miękkiej doprowadza do powstania zimnego ropnia; z chwilą zjawienia się ropnia zmniejsza się lub znika bolesność w kości zarówno samoistna, jak i wywołana; ropień dąży do samoistnego otwarcia się, do wytworzenia przetoki z otworem skórnym otoczonym ziarniną bladą, łatwo krwawiącą, czasami bardzo wrażliwą.

Bardzo często ognisko kostne otwiera się do stawu, przedziurawiając bądź chrząstkę bądź okostnę i daje obraz zapalenia stawu; jeżeli inwazja jest gwałtowną, wynikiem jej jest arthritis purulenta acuta; jeżeli staw przed przedziurawieniem uległ już procesowi zapalnemu, co zwykle staje się, wytwarzają się procesy wtórne (zrosty etc.) i przebieg zapalenia stawu staje się chroniczny. Przy rozpoznaniu należy wyłączyć przymiot kości, pozostałości po przebytem ostrem zapaleniu szpiku kostnego, przewlekłe zapalenie kości, zapalenie włókniste kości, nowotwory kości. Promienie Roentgena mogą przy postawieniu rozpoznania oddać duże usługi.

Co do odmian gruźlicy kości rozróżniane są następujące postacie: torbielowata, naciekowa, rozlana nasadowa, próchnicowa, (caries), trzonowa, spina ventosa.

Postacie kliniczne kiły kości u dorosłych umiejscawiają się w okresie wtórnym na grzebieniu kości piszczelowej, na mostku, żebrach, obojczykach, dolnej części kości ramieniowej, promieniowej, wyrostku łokciowym. Proces może wystąpić w początku okresu posocznicowego kiły, w trzy tygodnie po wrzodzie twardym, lub dopiero po 2—3 latach. Ostealgja, periostitis i periostosis stanowią odmianę tych procesów.

Ostealgja daje bóle żywe, kłujące, świdrujące, zawsze występujące w jednem i tem samem miejscu; są głębokie, nie ożywiające się przy ucisku, lub powierzchowne wzmagające się przy najlżejszem dotyku. Nasilenia bólu występują w nocy może od ciepła pościeli, gdyż robotnicy pracujący w nocy odczuwają je więcej podczas odpoczynków dziennych. Powierzchnia kości przy palpacji nie wykazuje żadnych zmian.

Periostitis cechują bóle analogiczne z bólami ostealgicznemi powierzchownemi; nadto wyczuwa się pod palcem po pewnym czasie obrzmienie ciastowate głębokie z nieznacznem uniesieniem nieregularnem, rozwijającem się naokoło kości. Periostitis może, rezorbozwać się zupełnie, ulegać zwiększeniu, rozszerzać się na tkanki i ulegać owrzodzeniu, co bywa rzadkością w okresie drugim kiły; może wreszcie doprowadzać do periostozy. Periostoza daje te same bóle i nadto jakby narośl twardą konsystencji kostnej.

W okresie trzeciorzędnym kiła kostna umiejscawia się przeważnie na piszczeli, bardzo często na czaszce, na kościach twarzy, czasem na ramieniu, biodrze, obojczyku, rzadko na palcach (spina ventosa syphilitica), na kręgach (pseudo-mal de Pott syphilitique).

Przy wywiadach stwierdza się, że ewolucja procesu kostnego na tle kiły poprzedzana bywa okresem bólów więcej lub mniej wyraźnych.

Same kiłaki kostne tego okresu są prawie bezbolesne, nawet przy ucisku kości. Rozróżniamy gummata osteo-periostica, osteomyelitica. Hyperostosis syphilitica jest najwięcej znaną formą kiły trzeciorzędnej; zaczyna się od okresu bólów i masowego przerostu całego trzonu kości lub jego części. Proliferacja kostna docierać może też do szpiku kostnego, który bywa czasem niezmieniony, czasem rozszerzony, czasem zniekształcony.

Kiłaki martwicowe na kończynach należą do rzadkości.

U dzieci starszych w procesach syfilistycznych mamy zmiany odpowiadające procesom trzeciorzędnym u starszych. Tibia en lame de sabre opisana przez Fournier'a stanowi przykład hyperostozy obejmującej całą przednią część trzonu.

Bezwłady kończyn głównie górnych u osesków występują połączone z silnemi bólami przy uruchamianiu czynnem lub biernem chorych kończyn w przypadkach paraliżu rzekomego syfilitycznego Porrot'a.

Osteoporoza czyli rozrzedzenie tkanki kostnej z zanikiem kostnym i zmniejszeniem objętości kości bywa w chorobach centralnego układu nerwowego — syryngomyelji i wiądzie rdzenia, przy uszkodzeniu nerwów, w myopatjach, przy gośćcu chronicznym, spondylosis rhizomelica, przy cukrzycy, białkomoczu, gnilcu, raku rozsianym, fosfaturjach.

Osteoporoza opisana przez Chełmońskiego, dzieli się na pseudoparetyczną cechująca się łamliwością nadmierną kości oraz objawami bólowemi i paretycznemi głównie w kończynach dolnych i osteoporozę zwykłą cechującą się bólami w kręgosłupie, żebrach; jako przyczynę tej choroby Chełmoński uważa złe odżywianie (osteoporoza głodowa wojenna). Proces leczy się powrotem do normalnego odżywiania, absorbcią świeżych pokarmów, fosforu i wapnia. Pozatem znaną jest jeszcze osteoporoza starcza i osteopsathyroza; ta ostatnia nosi jeszcze miano osteoporosis infantilis, choroby rozwoju kostnego dziecka.

Przy osteomalacji bóle są objawem stałym; bardzo często obejmują wszystkie członki. U kobiet, które rodziły, bóle zaczynają się prawie zawsze w miednicy, biodrach i obwodzie krzyżowo-lędźwiowym; u niektórych chorych bóle zaczynają się w stawach Czasem obserwuje się bóle wzmagające się z postępem choroby, początkowo występujące w kości skokowej, dochodzące następnie do stawu skokowego, kolanowego i biodrowego. Wyjątkowo tylko występują bóle w kościach czaszkowych, szczęce górnej; w rzadkich wypadkach odrazu nabierają cech bólów tabetycznych. Sami chorzy lokaizują je w głębi kości i przypisują im pochodzenie kostne. Bóle te wzmagają się w pozycji pionowej, przy chodzeniu i wogóle przy każdym wysiłku mięśniowym, czasem żywe, strzelające lub tępe i stałe, czasem mają cechy łupania w kościach (osteocopi dolores luetici) jak przy kile.

Procesy zapalne w stawach mogą być często przyczyną więcej lub mniej dokuczliwych bólów.

Arthritis acuta simplex może wystąpić na tle: 1) urazu, arthritis traumatica; czynnik zakaźny może dotrzeć do błony maziowej naskutek postrzału, złamania lub zabiegu chirurgicznego (punkcja); 2) wskutek infekcji wtórnej z sąsiedniego ogniska (hygroma, osteomyelitis, phlebitis, lypmphangitis, anthrax); 3) wskutek infekcli wtórnej przy zakażeniu ogólnem lub ognisku odległem — arthritis infectiosa propria drogą krwiobiegu: ropnica, rzeżączka, gorączka połogowa, gorączki wysypkowe, dur brzuszny, zapalenie ślinianki przyusznej, róża, błonica, czerwonka, zapalenie płuc.

Na poziomie stawu występuje ból żywy, stały, wzmagający się przy ucisku, bardziej przy ruchu, czasem powstaje wysięk surowiczy, obrzmienie wzrasta i pozostaje zniekształcenie stawu; skóra staje się czerwona, gorąca, błyszcząca i napięta, wyczuwa się obrzmienie ciastowate, chełbotanie; kończyna unieruchamia się w pozycji wadliwej mięśnie w sąsiedztwie ulegają zanikowi; gorączka jest zwykle umiarkowana.

Rheumatismus articulorum acutus, polyarthritis rheumatica acuta, występuje nagle, czasem poprzedzony zapaleniem migdałków mieszkowem (angina follicularis); ciepłota podniesiona, bóle głowy, dreszcze, niedomoga ogólna wskazują na charakter infekcyjny cierpienia.

Jednocześnie występują zmiany w stawach, jednym, kilku lub wszystkich, obrzęk, zaczerwienienie, obrzmienie stawów. Z objawów klinicznych na pierwszym planie występuje bardzo przykry ból szczególnie dokuczliwy przy wszelkich ruchach i ucisku. Nie rzadko występuje bardzo silny ból przy pozornie nieznacznym procesie zapalnym. W większości wypadków stwierdza się w stawach objawy objektywne synovitis.

Przy obmacywaniu stawów dotkniętych procesem słyszy się przy biernych ruchach stawu trzeszczenie; skóra jest gorąca, czerwona. Napad bólów reumatycznych rzadko trwa kilka dni, częściej rozciąga się na tygodnie a nawet miesiące; często wskutek przedwczesnego podniesienia się z łóżka chory ulega powrotom procesu. Z powikłań należy wymienić endocarditis, pericarditis, pleuritis, czasem ropne zapalenie stawów, otitis, iridocyclitis, nephritis, meningitis, embolia...

Język bywa obłożony, brak apetytu, bladość powłok zewnętrznych, skłonność do potów obfitych bardzo woniejących o silnie kwaśnej reakcji, swędzenie skóry, na skórze dzięki parowaniu potówki, petocie (petechiae) więcej na nogach, rumień. Ilość moczu zmniejsza się w okresie ostrym; mocz ma barwę ciemno-czerwoną (osad ceglasto-czerwony kwaśnego moczanu sodu, kwasu moczowego), wysoki ciężar gatunkowy, odczyn bardzo kwaśny; po ustąpieniu okresu ostrego mocz staje się jasny obfity.

Czasem występuje przejściowo białko w moczu; zmniejsza się ilość krwinek czerwonych i hemoglobiny, oraz występuje leukocytoza; ślina daje odczyn kwaśny. Za oznakę powikłania lub recydywy należy uważać nagłe podniesienie ciepłoty.

Na wystąpienie objawów zapalenia wsierdzia wskazuje uczucie ściskania w piersiach, bicie serca, puls słaby, częsty, nieprawidłowy, ton pierwszy nieczysty lub szmer. Pericarditis serosa fibrinosa znamionuje uczucie ucisku, bóle w okolicy serca, szmer tarcia błon osierdzia. Na wysięk osierdziowy wskazuje puls częstszy, słaby, głuche tony sercowe, powiększenie obrębu stępienia. Jako powikłanie może wystąpić zapalenie suche opłucnej z kłującem bólem w boku, kaszlem suchym, bólem przy oddychaniu, szmerem tarcia opłucnej. Ciężar w boku, duszność, kaszel suchy, stłumienie dźwięku opukowego, szmer słaby lub zupełnie brak szmeru przy wysłuchiwaniu szmerów oddechowych wskazują na wysiąk płynny opłucnowy często dwustronny, a jeżeli jednostronny, przeważnie lewy. Miocarditis cechuje wadliwa czynność serca. puls mały częsty, duszność, skłonność do omdleń.

Z powikłań należy wymienić jeszcze rzucawkę, często obserwowaną u dzieci w wieku starszym, następnie objawy mózgowe; majaczenie, drgawki, zapaść.

Achalme wskazuje na niemiarowość i zwolnienie tętna jako na ważną oznakę ostrego reumatyzmu stawowego, zwłaszcza przy nawrotach; objaw ten ma występować na 2 do 5 dni przed wystąpieniem gorączki i procesów stawowych.

Przy różniczkowem rozpoznaniu należy brać pod uwagę wiąd rdzenia, ostre choroby infekcyjne, włośnicę, ropnicę, kiłę, krzywicę (obrzmienie i bolesność nie ograniczającą się stawami), nosaciznę (wywiad, ropnie podskórne, owrzodzenie i t. d.), purpura, peliosis (wybroczyny krwawe), phlegmatia alba dolens (poród, choroby infekcyjne, umiejscowienie bólów głównie w jamie podkolanowej i pachowej; wzdłuż żyły uległej zakrzepowi wyczuwa się sznurek twardy), zapalenie okostnej ostre (obrzęk i bóle w sąsiedztwie stawów, a nie w miejscu odpowiadającem torebce maziowej), gruźlicę i kiłę stawów, (patrz niżej) dnę, rzeżączkę neuritis multiplex.

Wreszcie należy dodać, że neuritis multiplex acuta, jeżeli zaczyna się z gorączką i silnemi bólami w kończynach, może być z początku łatwo zmieszany z polyarthritis.

Arthritis chronica deformans, nazwa mająca znaczenie anatomiczne, a nie etjologiczne, określa zmiany w stawach, zwłaszcza w chrząstkach stawowych i zakończeniach kostnych, podczas gdy lżejsze postacie z wyłącznem schorzeniem narządu więzadłowego i torebki maziowej są znane jako zwykły „polyarthritis chronica, polysynovitis chronica".

Arthritis chronica deformans objawowo można podzielić na cztery okresy: zwiastunów czyli prodromalny, artrytyczny, zniekształcający, końcowy. Pierwszy zaczyna się od parestezji, ścierpnień przemijających w kończynach objętych procesem; czasem parestezjom towarzyszą silne bóle napadowe symulujące neuralgję, zapalenia nerwów obwodowych, przy których bóle nie zdają się umiejscawiać w stawach, lecz w końcowych członkach palców. W następnym okresie stwierdza się ból nieznaczny, zaczerwienienie, obrzmienie, uczucie palenia na poziomie stawów chorych; przy uciskaniu uległego procesowi miejsca ból wzrasta. Mięśnie ulegają przykurczeniom okresowym połączonym nieraz z bólami i zniekształceniami stawowemi. W okresie zniekształcenia występują skurcze gwałtowne napadowe, głównie mięśni zginających.

Bóle są prawie stałe, wzmagają się w porze nocnej i podczas gwałtownych zmian atmosferycznych; na poziomie stawów uległych procesowi występuje obrzmienie, trzeszczenie. W okresie ostatnim na pierwszy plan występują zaburzenia odżywcze skóry, tkanki podskórnej i mięśni, objawy charłactwa postępującego; skóra staje się błyszcząca i zimna, zdaje się przylegać do kości, symulując sklerodermję; polynukleoza oznacza postęp choroby powolny, mononukleoza-podostry.

Charakterystycznem jest w tym procesie zniekształcenie stawów; dłonie są czasem odchylone ku brzegowi łokciowemu, bądź całe, bądź tylko ostatnie członki palców; stopy

wykazują czasem zmiany analogiczne. Stawy biodrowe są zwykle swobodne, występować może zgięcie uda ku miednicy i zgięcie goleni ku udowi; zakończenia kości udowej występują ponad główką piszczeli, uwydatnia się condylus internus femoris; rzepka, rzucona na zewnątrz, spoczywa na kłykciu zewnętrznym condylus externus; główka kości strzałkowej wystaje na zewnątrz. Paluch duży jest uniesiony na zewnątrz, by pokryć pozostałe palce stopy.

Za punkt wyjścia procesu jedni uważają torebkę maziową, inni chrząstki stawowe inni wreszcie samą kość. W torebce maziowej naczynia małe liczebnie wzrastają, ścianki ich grubieją nacieczone komórkami, światło naczyń zwęża się, w sąsiedztwie naczyń powstają górki skupiające limfocyty, czasem mononukleary i komórki plazmatyczne. Nasady kostne ulegają podwójnemu procesowi rozrostu i przerostu zależnego od ukostnienia chrząstek i powstania narośli kostnych. Kości ulegają procesowi zgęszczenia i procesowi wsysania (rezorbcji); beleczki kostne cieńczeją.

Szpik kostny przeładowany tłuszczem, staje się galarctowatym. Więzadła, ścięgna, mieśnie w sąsiedztwie ulegają też zmianom. Tkanka łączna może zamieniać się w kostną w stawach dawniej unieruchomionych, co tworzy istotnie zesztywnienie (ankylosis), które zresztą może wystąpić we wczesnym okresie po napadach podostrych.

STANISŁAW CZERWIŃSKI, Prokurator Sądu Najwyższego (Warszawa).

Odmowa okazania pomocy lekarskiej.

Przedrukowujemy na powyższy temat wywody wybitnego znawcy karnego prawa sanitarnego, umieszczone w ostatnim numerze „Lekarza Polskiego".

Życie i zdrowie jest jednem z najcenniejszych i zasadniczych dóbr człowieka. Do obrony i ochrony tego dobra skierowane są wszelkie środki, któremi rozporządza społeczeństwo, a przeto i przepisy karne. Ustawodawca nie mógł być obojętnym do wypadków, oburzających opinję publiczną, w szczególności w wypadkach, gdy udzielenie pomocy bliźniemu, było nietylko moralnym, lecz i społecznym obowiązkiem każdego obywatela. Do takich wypadków należy oczywiście udzielenie pomocy ginącemu. Wówczas gdy życiu zagraża nieuniknione niebezpieczeństwo, społeczeństwo zaś pozbawione jest możności w tej chwili przez swoje odpowiednie organy udzielić pomocy, każdy obywatel skoro ma możność uratowania ginącego, powinien, jako członek społeczeństwa, wykonać swój obowiązek udzielenia należytej pomocy, albowiem osobiście przecież korzysta dla własnej obrony i bezpieczeństwa ze wszystkich środków, któremi społeczeństwo rozporządza.

W tak poważnym wypadku, gdy życiu grozi niebezpieczeństwo, społeczeństwo ma prawo żądać od każdego obywatela wykonania obowiązku udzielenia pomocy, przynajmniej, jeżeli udzielenie takiej pomocy nie było połączone z niebezpieczeństwem własnego życia i zdrowia.

Nie ulega wątpliwości, że wobec obecnego poziomu pojęć moralnych społeczeństwa wypadki obojętnego się zachowania względem ginącego są stosunkowo rzadkie.

Natomiast o wiele częściej słyszymy o wypadkach ratowania ginących z całkowitem poświęceniem życia. Jednak, im rzadsze są pierwsze wypadki w społeczeństwie o miękkich i ludzkich obyczajach, tem bardziej oburzają one opinję i sumienie ogółu.

Aczkolwiek kara, przewidziana w obowiązującym kodeksie za nieudzielenie pomocy ginącemu jest bardzo nieznaczna, ważnym jest sam fakt, że czyn ten został uznany za karalny.

Art. 491 Kod. Kar. zagraża karą osobie, która, będąc świadkiem niebezpieczeństwa grożącego życiu innej osobie, nie zawiadomi o tem właściwej władzy, nie udzieli lub nie dostarczy pomocy, której mógłby udzielić bez rozsądnej obawy o siebie lub innych, jeżeli wskutek tego nastąpi śmierć lub bardzo ciężkie uszkodzenie ciała tego, kto potrzebował pomocy.

Art. 497 K. K. zagraża karą aresztu do jednego miesiąca lub grzywny do zł. 200; za niewykonanie wydanych w drodze ustawy lub rozporządzenia przepisów, dotyczących udzielenia pomocy chorym lub nieprzytomnym.

Jeżeli wykroczenia dopuścili się bez słusznego powodu lekarz praktykujący, felczer, akuszerka lub służba szpitalna, wiedząc o położeniu niebezpiecznem chorego lub położnicy, winny ulegnie karze aresztu na czas do miesięcy trzech.

Art. 497 K. K. ma charakter ramowy, albowiem zastosowanie jego zależy przedewszystkiem od istniejących w tym względzie wydanych w drodze ustawy lub rozporządzeń przepisów.

Dla zastosowania art. 497 K. K. niezbędnem jest ustalenie jakie mianowicie przepisy obowiązywały sprawcę do udzielenia pomocy choremu lub nieprzytomnemu, których nie wykonał. Nadmienić tu wypada, że ponieważ cz. 1 art. K. K. stosuje się do ogółu obywateli, a cz. 2-ga tegoż artykułu wyłącznie do wymienionych w niej osób, szczególnie obowiązanych, z tytułu swych zawodów, do udzielenia pomocy chorym, to cz. I, jako przepis ogólny, nie stosuje się do osób, wymienionych w cz. 2 art. 497 K. K. podlegających szczególnej represji za ten sam czyn (les specialis derogat generali).

Przy stosowaniu więc cz. 2 art. 497 K. K. do lekarza, trzeba ustalić wyraźnie przepis, obowiązujący go, jako lekarza, do udzielenia pomocy lekarskiej.

Wedle art. 54 Rosyjskiej ustawy lekarskiej, każdy lekarz, który nie porzucił praktyki, obowiązany jest stawić się (jawlat'sia) na wezwanie chorych celem udzielenia im pomocy. Ponieważ w art. 14 ustawy z dnia 2 grudnia r. 1921 (Dz. Ust. poz. 762) o wykonywaniu praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, ustawodawca polski wyraźnie ograniczył obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej, pod groźbą odpowiedzialności karnej

względnie dyscyplinarnej tylko do lekarzy, którzy nie zrzekli się stałego wykonywania praktyki lekarskiej w danej miejscowości i tylko w nagłym wypadku, grożącym choremu śmiercią, jeżeli nie zachodzi poważna ku temu przeszkoda, to art. 54 Ros. Ustawy lekarskiej, jako zasadniczo sprzeczny z rzeczonym przepisem nowej ustawy, utracił moc obowiązującą z dniem 1 stycznia 1922 r.

Wobec powyższego przy stosowaniu tego przepisu względem lekarza trzeba, w myśl przytoczonego wyżej artykułu 14 ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, ustalić: a) że lekarz nie zrzekł się stałego wykonywania praktyki lekarskiej w danej miejscowości. Warunek ten nie budzi żadnych wątpliwości; b) że nie zachodziła poważna przeszkoda ku udzieleniu przezeń pomocy choremu.

Pod przeszkodą okazania pomocy lekarskiej, jak to wyjaśnił Sąd Najwyższy, może być uznana choroba, przemęczenie lub nieszczęście domowe. Nie może być uznane za przyczynę usprawiedliwiającą uznanie lekarza, że w danym wypadku pomoc jego może nie być skuteczną, gdyż lekarz powinien w nagłych wypadkach zastosować wszelkie możliwe zabiegi, w celu uratowania życia chorego, bez względu na ich przypuszczalny skutek (Zbiór orzeczeń Sądu Najwyższego Nr. 118 z roku 1925) oraz w wypadkach choroby chronicznej, nieuleczalnej, obowiązkiem lekarza jest nietylko dążenie do jak najdłuższego utrzymania chorego przy życiu, lecz również sprawienie ulgi w cierpieniach (Zb. Orzeczeń Sądu Najwyższego z dnia 5 lutego 1927 Nr. 2397/26).

Dla zastosowania art. 497 K. K. nie ma znaczenia okoliczność, iż ciężko chory znajdował się w szpitalu, do którego personelu oskarżony nie należał (Zb. orzecz. S. N. Nr. 159 z r. 1926).

Z cz. 2 art. 497 K. K. może odpowiadać lekarz, który odmówił swej pomocy na wezwanie drugiego lekarza, obecnego przy chorym (Orzecz. S. N. Nr. 159 z r. 1726).

Komisja redakcyjna, powołana do ułożenia projektu kodeksu karnego z r. 1903 wyraziła pogląd, iż do przyczyn, usprawiedliwiających niestawiennictwo lekarza można zaliczyć przeszkody fizyczne, które spowodowały niestawiennictwo: chorobę osób bliskich lekarzowi, konieczność stawienia się do innego chorego, który wcześniej wezwał lekarza lub był w stanie groźniejszym. Specjalny Wydział Departamentu Rady Państwa wyraził ponadto pogląd, iż kwestję istnienia przyczyn, usprawiedliwiających nieprzybycie do chorego sądy nie powinny rozstrzygać ze stanowiska zbyt formalnego, lecz brać pod uwagę warunki życiowe z tego względu, iż ustawa silnie podkreśla doniosłość tych przeszkód.

Trudniej jest określić co należy rozumieć pod „wypadkiem nagłym, grożącym choremu śmiercią". Sąd najwyższy w orzeczeniu z dnia 17 listopada 1927 spr. Nr. 2421/26 Kompletu całej izby 2-ej w tym przedmio-

cie wyjaśnił, że odmowa przez lekarza udzielenia pomocy choremu w nagłym wypadku podpada pod część 2-gą art. 497 k. k. zarówno, gdy istniały przedmiotowe dane, świadczące o stanie grożącym choremu śmiercią i były w należytej formie zakomunikowane lekarzowi takie dane, które usuwały wszelką podstawę do przypuszczenia o braku niebezpieczeństwa (wypadek objektywny), jak również i wówczas, gdy, chociaż lekarzowi przedmiotowych danych nie przedstawiono, ani nawet nie zakomunikowano, lecz wskazano mu takie, na poważnych podstawach oparte, pozory prawdy o grożącem choremu niebezpieczeństwie utraty życia, że odpowiedzialność za nieudzielenie pomocy lekarskiej stała się ryzykiem lekarza, który w takim wypadku, w razie nastąpienia szkodliwych skutków odmowy będzie odpowiadał z winy nieostrożnej (wypadek subjektywny). Ustalenie tych okoliczności, tudzież ocena ich, jako należąca do istoty sprawy, są pozostawione do uznania sądu wyrokującego. Okoliczność, że chory wyzdrowiał, nie ma żadnego związku z odpowiedzialnością oskarżonego za nieudzielenie pomocy w chwili niebezpiecznej dla życia chorego.

Wpłacajcie zaliczkę w sumie 2 zł. na „Kalendarz Felczerski"

Ruch związkowy.

ZARZĄD GŁÓWNY.

Memorjał złożony w ostatnich dniach Ministerstwu.

Do
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
Departament V Zdrowia
w miejscu

W Dzienniku Ustaw Nr. 30 z roku bieżącego ukazało się Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Ministra Sprawiedliwości wydane w porozumieniu z Ministrem Przemysłu i Handlu i z Ministrem Skarbu z dnia 22 lutego 1928 roku o wyrobie, obrocie i przechowywaniu eteru etylowego.

§ 12 tego rozporządzenia zawiera przepis, że eter etylowy i zawierające ten eter mieszaniny mogą być wydawane z aptek jedynie na podstawie recepty lekarza, weterynarji lub lekarza dentysty.

Paragraf ten pomija milczeniem felczerów, którzy również w pewnych granicach na podstawie ustawy z dn. 1 lipca 1921 r. (Dz. Ust. Nr. 64/21 r.) mają prawo zapisywać recepty, a przez powyższe rozporządzenie zostali ograniczeni w swych prawach i skrępowani w wykonywaniu ustawowych czynności felczerskich.

Zważywszy na powyższe Centralny Związek Felczerów Rzeczypospolitej Polskiej ma zaszczyt prosić Ministerstwo Spraw Wewnętrznych o nieograniczanie felczerów w ich prawach przysługujących z Ustawy z dn. 1.VII-1921 r. i o wydanie dodatkowego rozporządzenia, któreby zezwalało aptekom na wydawanie felczerom eteru etylowego.

Zarząd Główny:
Przewodniczący: (—) *J. Wągrowski.*
Sekretarz: (—) *Galuba.*

Warszawa, dn. 8 czerwca 1928 r.

Ministerstwo
Spraw Wewnętrznych
Departament V Służby
Zdrowia
Nr. Z. U. 1874/28
W sprawie ulg kąpielowych.

Odpis.

Do
Centralnego Związku Felczerów
Rzeczypospolitej
w miejscu.
ul. Złota 30.

Na pismo z dnia 11.IV—r. b. L. 284 Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) zawiadamia, że wobec braku podstaw prawnych nie może przychylić się do prośby o przyznanie członkom Związku i ich rodzinom ulg kąpielowych w państwowych zakładach zdrojowych.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
(—) w. z. *Adamski*

Za zgodność z oryginałem:
Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia

Komunikat
główniejszych prac Zarządu głównego C. Z. F.
za czas od 10 maja do 6 czerwca 1928

1. Kol. Wachowicz referuje sprawy finansowe. Zdaniem mówcy oddziały wpłacają swe składki członkowskie nadzwyczaj opieszale, wskutek czego powstaje deficyt—wydatki przewyższają dochód. „Przegląd Felczerski" posiada deficyt w sumie 700 zł. Po wyczerpującej dyskusji postanowiono zwrócić się do tych oddziałów z odezwą o jaknajrychlejsze uregulowanie zaległości.

2. Postanowiono opracować wzór nowych deklaracji i legitymacji członkowskich.

3. W myśl uchwały Zjazdu Delegatów potrąca się 10% składek wpłacanych przez oddziały na fundusz samopomocy koleżeńskiej.

4. Kol. Jakimiński (na posiedzeniu nadzwyczajnem) referuje sprawę niektórych pseudo-felczerów, grasujących w okolicach Lublina. Ruchliwy a energiczny jak zawsze Prezes Oddz. Lubelskiego zwrócił się w tej sprawie do Województwa, które na razie nie dało pozytywnej odpowiedzi. To też kol. Jakimiński zwrócił się do władz Wojewódzkich powtórnie, na odpowiedź cierpliwie czeka.

Jednocześnie z tem kol. Jakimiński wspomina o opodatkowaniu się na łódź „Felczer" i nawołuje Kolegów do bezwłocznego wpłacania.

5. W sprawie placówek felczerskich zajmowanych przez pseudo-felczerów, pracujących w Kasach Chorych postanowiono interwenjować u P. Komisarza Kasy Chorych — w tej kwestji opracowano odnośny memorjał.

6. Kol. Galuba referuje sprawozdanie z konferencji u p. Naczelnika Wydziału Szpitalnictwa Magistratu m. st. Warszawy, któremu wręczono memorjał z żądaniem zaangażowania dodatkowej ilości felczerów do szpitali na zastępstwo urlopowanych kolegów, będących na etacie. Naczelnik Wydziału przyrzekł memorjał ten przesłać do Magistratu z przychylną opinją.

7. W celu szerszego poinformowania kolegów o pracach Zarządu Głównego, postanowiono ważniejsze z nich ująć w specjalne komunikaty i takowe podawać kolegom do wiadomości za pośrednictwem „Przeglądu Felczerskiego". Komunikaty te dotychczas przesyłano tylko wszystkim Zarządom Oddziałów.

Przewodniczący: (—) J. *Wągrowski.*
Sekretarz: (—) *Galuba.*

Oddział Lubelski.

Do
Szanownego Kolegi
Rozenela
w Zaklikowie.

W myśl zlotu i uchwały zjazdu Delegatów Szanowny Kolega zostaje **skreślony z listy członków Z. F. R. P. za niewypełnienie członkowskich zobowiązań.** Jednocześnie o powyższem zawiadamiamy pom. Naczelnika Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia, ogłaszamy w prasie Zawodowej „Przeglądzie" i powiadamy Urząd Kasy Chorych, że kolega nie jest członkiem Związku i został wykluczony. **Związek odpowiedzialności na siebie nie bierze.**

Prezes: (nieczytelny
Za Skarbnika: *S. Niedzielski.*

Oddział Lubelski.

Do
W. Szanownego Kol.
Berysza Wajsmana
w Łomarach.

Wobec tego, że niejednokrotne wezwania Sz. Kol. o uregulowanie Skł. czł. nie odnoszą skutku. Przeto w myśl Statutu i uchwały Zjazdu Delegatów Sz. Kol. zostaje skreślony z listy czł. Związku.

Jednocześnie o powyższym zawiadamiamy Wojewódzki Urząd Zdrowia p. lekarza powiatowego, ogłaszamy w Kasie Chorych i „Przeglądzie", że Sz. Kol. nie należy do Związku i Związek za Kol. nie odpowiada.

Prezes: (nieczytelny)
Za Skarbnika: *S. Niedzielski.*

Oddział Warszawski.

Nakaz chwili!

Poczucie koleżeńskiego obowiązku społecznego jest nakazem każdego obywatela-felczera, zaś w szczególności obowiązuje karność zawodowa wobec obawy w ograniczeniu wywalczonych praw, zagwarantowanych Ustawą z dnia 1 lipca 1921 r.

Zarządy wybrane przez Was z zaparciem się siebie praw tych bronią, na Was więc pozostał tylko jeden, jedyny obowiązek — płacić składki. Tego powziętego zobowiązania jako członkowie Związku nie wypełniacie. Zaległości rosną z dnia na dzień, egzystencja Związku zagrożona. Pamiętajcie że może ze Związkiem jest źle, ale bez Związku będzie gorzej! Niech żaden z Was nie bierze na siebie tej moralnej odpowiedzialności, że niewpłacenie przezeń składek podkopuje egzystencję Związku. Nie żądamy niczego więcej ponadto do czego zobowiązaliście się, więc płacić zaległe — składki — est nakazem chwili.

Przewodniczący: (—) *Józef Wągrowski.*

Sekretarz: (—) *Stefan Galuba.*

Ofiary na łódź „Felczer".

Kol. Tomaszewski 5 zł. Kol. Huss 5 zł. Kol. Golba 6 zł.

Kol. Wągrowski 10 zł. Kol. Kurkowski 5 zł. Kol. Galuba 25 zł.

Kol. Głowacki 2 zł. Kol. Gałkowski 10 zł. Kol. Pawlak 10 zł.

Kol. Mateuszek 5 zł. Kol. Choński 2 zł. Kol. Czachowicz 5 zł.

Kol. Kieszkiewicz 3 zł. Kol. Krajewski 5 złotych.

Wydawnictwa nadesłane.

„Higjena pracy" № 1 czasopismo poświęcone fizjologji, patologji oraz bezpieczeństwu pracy pod redakcją Dr. Gustawa Raciążka. Higjena pracy nie posiadała dotychczas poważnego pisma naukowego, w którem tego rodzaju zagadnienia znalazłyby swój wyraz i dlatego inicjatorowie powzięli szczęśliwą myśl uzupełnienia tej luki, jaka miała miejsce w naszem piśmiennictwie. Na treść 1-go numeru składają się artykuły: o zatruciu ołowiem — Dr. A. Landau, Dr. J. Bauer i Dr. Grochowski.

O zawodowych chorobach skóry — prof. Dr. K. Żurawski. Wyjwysk, jako choroba zawodowa — Dr. M. Grzybowski. Praca jako przedmiot badań lekarskich — Dr. J. Luxenburg. Projekt Organizacji Lekarskiej Inspekcji Pracy — Dr. G. Raciążek. Pracownie fizjologiczno-lekarskie dla celów naukowej organizacji — Doc. Dr. G. Szulc. Bogatą treść numeru pierwszego uzupełnia przegląd czasopism oraz kronika.

Wspomnienie pośmiertne

W dniu 19 Czerwca r. b. rostał się z tym światem
B. P.
ROMAN VEL ABRAM TEJCHNER
w wieku lat 53,
Członek-Założyciel Częstochowskiego Związku Felczerów
i długoletni pracownik szpitala chirurgicznego N. Marji Panny
w Częstochowie.
W zmarłym tracimy zacnego i uczynnego Kolegę.
Cześć Jego pamięci!
ZARZĄD
CENTRALNEGO ZWIĄZKU FELCZERÓW R. P.
Oddział w Częstochowie.

Wydawca: Zarząd Główny C. Z. F. R. P.—Warszawa. Redaktor: Aleksander Krawczyk.